

折口内科医院 問診票 ※わかる範囲で記入または○をお願いします。

フリガナ

1: 氏名 _____ 年齢 _____ 歳 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

身長 _____ cm 体重 _____ Kg 体温 _____ °C

住所 〒 _____ 電話番号 _____

緊急連絡先 _____

2: 紹介状をお持ちですか？ (いいえ・はい → 受付に紹介状をお渡してください。)

3: 本日来院された理由について。

いつから、どのような症状がありますか？ _____ 頃より

熱がある	せきがある	タンがでる	鼻水・鼻づまり	のどが痛い
ぜんそく	息が苦しい	胸が痛い	食欲がない	息切れがする
吐き気・おうと	お腹が痛い	下痢・便秘	体重が減る	どきどきする
血圧が高い	関節が痛い	その他(_____)		

健康診断で精密検査・再検査の判定となった _____ 健康診断を受けたい _____ 禁煙したい _____
癌治療希望 _____ 癌緩和ケア希望 _____ 訪問診療希望 _____ 在宅ホスピス希望 _____ 予防接種希望 _____

4: 当院を受診される前に、他の医療機関を受診されましたか？ (いいえ・はい)

_____ 病院／診療所

5: 現在お飲みになっている薬はありますか？ (お薬手帳、説明文書を御持参頂ければ記入は結構です)
(いいえ・はい)

薬の種類・名前(_____)

6: ふだん治療中の病気はありますか？ どこに通院されていますか

(なし・あり)

(病名 _____)

_____ 病院／診療所)

7: 過去に病気や手術がありますか？

(なし・あり)

(_____ 年頃・(_____ 歳頃)

(_____ 年頃・(_____ 歳頃) _____)

8: 喘息(あり・なし)、花粉症・アレルギー性鼻炎(あり・なし)、アトピー性皮膚炎(あり・なし)

9: 薬や食品のアレルギーがありますか？

なし・あり(_____)

10: 喫煙・飲酒はされますか？ タバコ 1日 _____ 本、お酒 週 _____ 日

11: ペット なし・あり(_____)

12: 職業 (_____)・ホコリを吸い込むような仕事ですか(はい・いいえ)

13: 女性の方のみ: 妊娠の可能性はありますか？ (はい・いいえ)、授乳中ですか？ (はい・いいえ)